

L'évaluation « objective » des traitements en santé mentale ou quand la recherche clinique est réduite à la méthode expérimentale

Lucie Cantin

Volume 30, numéro 1, printemps 2005

Les psychoses réfractaires : modèles de traitement québécois et canadiens

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/011278ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/011278ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

Cantin, L. (2005). L'évaluation « objective » des traitements en santé mentale ou quand la recherche clinique est réduite à la méthode expérimentale. *Santé mentale au Québec*, 30(1), 183–196. <https://doi.org/10.7202/011278ar>



L'évaluation « objective » des traitements en santé mentale ou quand la recherche clinique est réduite à la méthode expérimentale

Lucie Cantin*

De tout temps, la psychanalyse a fait l'objet de vives réactions, en général d'autant plus virulentes qu'elles sont nourries par la peur inavouée que suscitent l'inconscient et ses forces obscures, agissantes à l'insu du Moi et de la conscience. Quand, de surcroît, la psychanalyse entre sur le terrain de la psychose et des troubles mentaux graves et se mêle de proposer une conception et un traitement de la psychose en tant que trouble psychique, elle ramène alors la maladie mentale dans une proximité dangereuse qui ébranle les frontières que l'on voudrait maintenir bien étanches entre la normalité et la folie sous toutes ses formes.

Dans l'ensemble des positions prises par la plupart des auteurs qui participent au débat proposé ici sur l'avenir de la psychiatrie, je m'attarderai à deux points précis qui ont retenu mon attention dans les critiques faites à la psychanalyse. D'abord, la question de « l'évaluation objective » à laquelle « la psychanalyse ne semble pas vouloir ou pouvoir se prêter » et que l'on définit comme « toutes les confirmations ou infirmations convergentes de la thérapie, effectuées par des personnes tierces — autres que le patient et le soignant — à plusieurs niveaux d'organisation : tests standardisés psychologiques et comportementaux, évaluations familiale et sociale, réponses à une thérapie médicamenteuse, résultats de mesure en imagerie structurale ou fonctionnelle, etc » (Robaey). Le deuxième point concerne la position « anti-scientifique » qu'aurait la psychanalyse et « son isolement qui ignore les débats, notamment sur le terrain de la réhabilitation psycho-sociale » (Bonsack). Je retiens ces deux points parmi d'autres parce qu'ils me semblent bien illustrer le virage qu'a pris la psychiatrie et qui se mesure à ses effets que je résumerais ainsi : disparition du traitement psychique et assimilation de la recherche clinique à la méthode expérimentale à laquelle elle devrait désormais se réduire pour être scientifique.

* Psychologue, psychanalyste, professeur de clinique.

Ces critiques sont par ailleurs les bienvenues puisqu'elles nous donnent l'occasion de revenir sur des aspects qui, précisément, sont au cœur de nos préoccupations depuis plus de vingt ans. En effet, la création et l'application d'un traitement original de la psychose, novateur tant du point de vue de la psychanalyse que de la psychiatrie a posé nécessairement pour nous, depuis le départ, la question de l'évaluation du traitement et de ses résultats. De même, l'impact des apports théoriques et cliniques auxquels le développement de l'approche et ses résultats donnaient lieu a mis au premier plan les échanges continus, discussions entre pairs, enseignements, consultations et publications tant dans les milieux cliniques, psychiatriques et psychanalytiques que dans les milieux d'enseignement. Loin donc de cette position d'isolement et d'ignorance des débats qui serait la nôtre (l'appel à notre participation en tant qu'auteurs de l'argument à soumettre au débat pour ce numéro spécial en fait foi d'ailleurs à nouveau), le traitement psychanalytique de la psychose tel que nous l'avons conçu, a entraîné des modifications importantes dans la pratique psychiatrique d'un certain nombre de cliniciens de la psychose. J'en ferai état brièvement en conclusion de cette réflexion que je voudrais plutôt centrée sur l'évaluation dite « objective » du traitement en santé mentale et de la façon dont cette question est liée en fait à un tournant qu'a pris et que continue de prendre la psychiatrie.

La résistance qu'oppose le psychotique à tout traitement qui exclut sa parole et sa subjectivité

En guise d'introduction, j'évoquerai les propos d'un jeune psychotique lors de l'entrevue d'évaluation présidant à son admission au Centre que nous dirigeons. Monsieur X nous explique comment tout a commencé. Un jour, il y a six ans, à l'occasion d'un voyage au Nouveau-Mexique, il a rencontré des extra-terrestres. Il les a reconnus à leur regard beaucoup plus brillant que celui des humains. Ces êtres qui prennent le visage d'humains, lisent dans ses pensées; il en a eu la preuve à plusieurs reprises. Il les entend répéter ce qu'il vient tout juste de penser. Ils agissent par télépathie et sont de mèche avec la CIA. Les Voix qu'il entend ne sont pas celles des extra-terrestres. Il est arrivé à cette conclusion logique puisqu'elles le traitent « d'idiot de croire aux extra-terrestres ». Les pensées se transmettent donc sans intermédiaire, de « psychisme à psychisme » par des moyens qu'il cherche à s'expliquer. Alors depuis six ans, il « travaille » sans répit à trouver une explication à cette expérience singulière qu'il a vécue. Il a tout lu sur les extra-terrestres, la télépathie et les techniques d'espionnage développées par les différents Services secrets. Il consulte sur internet tous les sites

susceptibles de le renseigner : sites de l'armée américaine, études des nouvelles technologies scientifiques utilisées par les armées et les services secrets (radars aériens, etc). Mais pourquoi les extra-terrestres lisent-ils dans ses pensées ? Pourquoi lui ? Bonne question, dit-il... Il a longtemps cherché à savoir pour finalement parvenir à la conclusion qu'il n'avait pas été choisi au hasard. Ce n'est pas tant qu'il aurait quelque chose de spécifique à faire mais « on veut obtenir quelque chose de lui », quelque chose dont il ne veut pas parler pour le moment.

Monsieur X distingue très nettement d'une part, ces préoccupations incessantes qui depuis six ans accaparent son esprit et constituent le problème central qu'il doit solutionner et d'autre part, les effets de cette expérience subjective : isolement, désinvestissement de la réalité et des tâches quotidiennes, idées suicidaires et sentiments dépressifs provoqués par ses échecs à trouver une solution. Ces « effets secondaires » c'est ce qu'il appelle la psychose, qu'il ne confond pas avec le « travail » psychique qui l'accapare depuis six ans. Aussi quand il nous décrit ses épisodes psychotiques, Monsieur X parle de ces moments où les symptômes dépressifs, l'apragmatisme, l'isolement et les idées suicidaires deviennent trop intenses et nécessitent une hospitalisation et une augmentation ou modification de sa médication, ce qui arrive à tempérer l'anxiété, la dépression mais laissent tout à fait intactes et intouchées ses préoccupations délirantes.

Le cas de Monsieur X est exemplaire. Il illustre bien l'expérience du clinicien qui se met en position d'écouter et d'interroger le psychotique sur l'expérience subjective singulière que la construction du délire essaie en vain d'interpréter et d'expliquer. Monsieur X distingue d'une part, l'objectivable, les faits observables par des tiers (les symptômes) et d'autre part, sa position subjective, son expérience de sujet qu'il est le seul à pouvoir dire et où se trouve selon lui la véritable « source » de ses problèmes. D'ailleurs, de façon générale, le travail d'élaboration du délire aura de loin précédé dans le temps l'éclosion du premier épisode psychotique, « observable » par les tiers. Tout clinicien confronté à la psychose, se bute à la résistance qu'oppose le psychotique à un traitement qui met entre parenthèses le contenu et la spécificité de l'interprétation délirante toujours liée selon ce dernier à des expériences psychiques internes incontestables. Peut-on en effet, faire du délire un symptôme au sens médical du terme, c'est-à-dire un dysfonctionnement commun et généralisable, lié à une affection ou un syndrome précis ? Outre le fait que le délire se retrouve dans diverses autres affections, peut-on dans le traitement de la psychose faire abstraction de la singularité de la construction délirante ?

Le psychotique dit avoir vécu une expérience interne fondamentale, traumatique, inexplicable, qui a fait rupture dans le cours de sa vie et après laquelle tout s'est effondré. Et cette expérience inassimilable par la raison (et par sa propre raison, il le reconnaît aussi), inédite par rapport à tout ce qu'il avait vécu auparavant, insensée et donc incroyable ou impossible aux yeux des autres, il travaille à se l'expliquer à travers ce que nous appelons son délire, cette interprétation singulière qui au cours du traitement s'avèrera être tributaire des multiples expériences subjectives traumatiques, historiques, familiales, fantasmatiques, déjà vécues et inscrites en lui.

L'histoire de Monsieur X, qui évoque celle de centaine d'autres psychotiques, nous fait entrer d'emblée dans les questions que posent pour nous le traitement et l'évaluation du traitement de la psychose. Dans le domaine des troubles mentaux, est-il possible d'évaluer, de traiter et de mesurer les effets et résultats du traitement en mettant entre parenthèses la parole subjective qui donne accès à la singularité de l'expérience intime ? Est-il possible d'évaluer et de traiter sans avoir accès au sujet, à ses hypothèses, déductions, interprétations, associations, représentations inconscientes qui organisent les processus mentaux, leur contenu et leur logique et qui accaparent tout le psychisme entraînant un certain nombre d'actes, de comportements, de symptômes que l'on dit typiques ? Troubles de la pensée, de la mémoire, de l'attention, désinvestissement de la « réalité », isolement et rupture du lien social apparaissent en effet comme des conséquences secondaires eu égard à cet objet premier des préoccupations qui « trouble » la pensée du sujet psychotique, accaparé qu'il est par la nécessité de devoir solutionner tout seul et par ses propres moyens un problème fondamental dont sa survie dépendrait. Tel est en tout cas ce que dit le psychotique de son expérience, au-delà et indépendamment de la symptomatologie à laquelle cette expérience donne lieu et qui elle, se trouve plus ou moins traitée, plus ou moins présente au gré des périodes de crise que traverse le patient.

L'évaluation du traitement et de ses résultats

L'évaluation du traitement est inséparable d'une question préalable déterminante : que vise ce traitement dont on évalue les résultats et les effets ? Vise-t-il, comme avec la pharmacothérapie l'estompage, le tempérament, la disparition partielle ou totale des symptômes provoqués par l'expérience ? Ou vise-t-il, comme dans les thérapies cognitivo-comportementales la correction de l'interprétation délirante que fait le psychotique de l'expérience première qu'il a faite ? Le thérapeute

travaille alors avec le psychotique à « améliorer ses stratégies d'adaptation » (Chadwick et al., 2003, 134), à « normaliser l'anormal », à « maîtriser les voix sur le plan intellectuel », à « imposer des limites strictes aux voix » (op. cit. 131), à apprendre « comment ne pas succomber aux voix ». Bref, modifier, à partir de ce qui est déterminé comme normal et acceptable, l'interprétation erronée que fait le psychotique dans son délire ou dans l'interprétation de ses voix. Le traitement du délire consiste alors en une correction de la croyance à la lumière des faits de la réalité. Dans ces deux cas, la question n'est pas tant de juger de la pertinence ou non de ces objectifs de traitement mais de reconnaître qu'on vise ici la symptomatologie et l'adaptation à la « réalité », c'est-à-dire au consensus social. Il nous faut en effet au point de départ de tout processus d'évaluation reconnaître et distinguer les divers champs d'interventions et de traitement définis chacun par des objectifs et des visées spécifiques qui ne sauraient être confondus.

Pour le psychanalyste que nous sommes, il est clair que le traitement proposé au psychotique vise, au-delà de la phénoménologie, ce que nous avons désigné plus haut comme les expériences subjectives premières et singulières qui sont au cœur et à la source de l'effondrement du Moi parce que le sujet n'est pas arrivé à les intégrer en leur donnant un sens qui soit à la fois satisfaisant pour lui et négociable avec les autres. Dans un tel contexte, il est clair qu'une évaluation du traitement ne saurait exclure le sujet, sa parole, sa position, son évaluation. Dans le rapport du psychotique aux Voix et à la certitude délirante, il ne s'agira pas tant en effet de corriger, de rectifier *de l'extérieur* l'interprétation délirante en lui en substituant une autre, plus réaliste, mais ce sera au sujet lui-même, à travers son travail en cure, de réaménager, remanier la gestion des expériences traumatiques qui sont à l'origine des Voix et des interprétations délirantes. L'évaluation des effets du traitement doit donc nécessairement inclure l'évaluation de la position du sujet en regard précisément de ces expériences premières. La question devient alors plutôt comment, par quel procédé, quelle méthode, avec quelles balises rationnelles et rigoureuses peut-on évaluer le *cheminement*, les *avancées* et les *changements de position du sujet* dans le cours de son traitement ? Et comment les mettre en lien avec ce qui initie et cause ces changements ?

Ce type d'évaluation qualitative rigoureuse n'exclut en rien, au contraire, l'évaluation quantitative de résultats cliniques (que nous faisons d'ailleurs depuis vingt ans) basée sur des critères mesurables, observables en termes d'évolution psycho-sociale, tels que ceux qui semblent faire consensus actuellement, à savoir la diminution des

hospitalisations, le retour effectif dans la communauté, le « partage de pouvoir », désigné par « l'empowerment », etc. (cités par Bonsack). Mais nous entendons aller plus loin et ce, avec les moyens que nous donne l'expérience analytique. Nous entendons évaluer les changements profonds dans la position subjective qui rendent possibles de tels résultats. Ainsi par exemple, en plus de la diminution des hospitalisations, mesurable objectivement, il nous importe de savoir quelles avancées dans le traitement psychanalytique permettent des changements irrévocables dans la position du sujet, entraînant une gestion nouvelle de ce qui jusque-là déclenchait une période de crise et de décompensation. L'analyse du cheminement de l'ensemble des patients traités depuis vingt-deux ans nous a fait repérer précisément ce qui, dans l'évolution du traitement, conditionne la modification profonde de la phénoménologie de la crise, permettant ainsi non seulement son traitement en dehors de l'hôpital mais sa transformation jusqu'à un niveau où elle devient gérable de façon autonome par le sujet lui-même. De même, la réadaptation psycho-sociale n'est pas uniquement mesurable pour nous à la capacité qu'aurait le psychotique de vivre en dehors de l'hôpital. Nous parlons quant à nous de *réarticulation sociale*, qui implique plutôt des changements tels que le sujet puisse devenir ou redevenir un citoyen capable de s'inscrire *en tant que sujet* et d'une façon participative dans une vie sociale active.

Sur ce terrain de la recherche clinique, quand nous voulons à la fois mesurer les effets observables du traitement et rendre compte des causes internes de ces changements dans le sujet, les méthodes expérimentales reposant strictement sur les données objectives et extérieures au sujet ne sont plus ni appropriées, ni rigoureuses par rapport à ce dont nous voulons rendre compte. Un résultat apparemment positif comme la diminution des hospitalisations peut en effet être lié non pas au règlement de ce qui provoquait le déclenchement de nouveaux épisodes de crise mais au retrait social du sujet et au support constant et intensif dont il bénéficie dans son milieu de vie.

Dans un article où il rappelle l'histoire du développement de la psychologie, le psychanalyste André Lussier rappelle que « pour être admise au cénacle, la psychologie, comme la psychiatrie en bonne partie, s'est pliée à une méthode extrinsèque à elle-même plutôt que reliée à son propre objet d'étude. Elle s'est faite exacte, concrète, ouverte à la mensuration » (Lussier, 2004, 116). Il est dorénavant devenu commun de penser et de concevoir une *démarche scientifique* et ce qu'elle exige de rigueur et de développement logique en la confondant avec une certaine *méthode de recherche*, le plus souvent la méthode

expérimentale empruntée aux sciences exactes, dont l'application dans la recherche clinique par exemple garantirait la validité et l'objectivité de l'approche. Comme si une recherche clinique en psychiatrie ou en santé mentale, pour être reconnue « scientifique et rigoureuse », ne pouvait que suivre cette voie expérimentale et reposer sur des conditions, critères et données nécessairement « objectifs » parce que quantifiables. Mis à part le fait — non négligeable pourtant — qu'il y a toujours le « sujet » et son désir qui agissent dans le chercheur, soit précisément ce que la contrainte du cadre scientifique a pour fonction d'évacuer sinon de neutraliser, tout chercheur reconnaîtra que le choix d'une méthode de recherche est toujours plus ou moins lié à une position théorique précise qui la détermine. A fortiori sans doute, quand une méthodologie est appliquée à un autre domaine que celui qui l'a vu naître et qui donc en prévoyait, balisait et contrôlait les biais possibles. L'évaluation « objective » reposant sur l'utilisation de tests standardisés utilisés par un tiers autre que le patient ou le soignant impliqué dans le traitement n'échappe pas à cette critique. Là aussi, l'instrumentation est tributaire d'une certaine conception théorique qui la détermine et la limite. L'objectivité et la rigueur scientifiques se vérifient plutôt à la façon précisément dont ces biais sont mesurés, balisés et pris en compte dans l'interprétation des résultats. Dans le domaine qui nous occupe ici, une évaluation des résultats de traitement du trouble mental qui repose strictement sur des données mesurables par des tiers externes au patient, sans égard au discours et au jugement de ce dernier, *est un choix méthodologique lié à un présupposé théorique* qui lui est inhérent, celui précisément qui met entre parenthèses les motivations profondes du sujet qui ne relèvent ni de la conscience ni du comportement.

Une instrumentation et une méthodologie expérimentales sont loin de garantir à elles seules la rigueur exigible d'une démarche de recherche quand il s'agit de rendre compte des productions du psychisme humain. Le repérage, la description, la mesure et l'explication de tous les phénomènes et processus neurophysiologiques, biochimiques à l'œuvre dans le cerveau au moment où le psychotique hallucine laissent et laisseront toujours intouché le contenu tout à fait singulier de l'hallucination et la logique de l'interprétation que le sujet en fait. Tout comme l'étude des états neurophysiologiques du rêveur et le repérage des états de conscience, des étapes dans le sommeil, des processus électriques et biochimiques au travail pendant le rêve laisseront inexplicables la trame du rêve et la répétition du même cauchemar qui hante le vétéran de la guerre ou tout autre traumatisé. Pas plus d'ailleurs que ne sera cernée l'origine de ces représentations singulières du rêveur qui ont pourtant le pouvoir de provoquer en lui des réactions physiologiques troublantes

(accélération du rythme cardiaque, sudations, etc) et peuvent conduire jusqu'au dérèglement de certaines fonctions du corps. À cet égard, Eccles, dans «Évolution du cerveau et création de la conscience» rappelle que «le monde apparemment objectif où se déroule un rêve ne se conforme en fait nullement aux règles du Monde 1 (ensemble du monde matériel, y compris les cerveaux), et ne relève donc que du Monde 2 (ensemble des expériences subjectives ou mentales). Il arrive certes que, pendant le déroulement du rêve, le cerveau et même le corps du rêveur soient le siège d'événements objectifs faisant partie du Monde 1, mais ceux-ci ne fournissent aucun indice quant au contenu du rêve tel qu'il sera relaté au réveil.» (Eccles, 1994, 237). De même, restera énigmatique la source des désirs et fantasmes inavouables qui peuplent l'esprit de tout humain, le détournent de ses fonctions vitales et perturbent sa perception, son jugement, son attention. L'explication scientifique de toutes les fonctions biologiques, anatomiques, neurologiques, au travail dans le cerveau et dans les mains du sculpteur ne rend pas compte de la beauté ou de l'étrangeté de l'objet qu'il crée.

La question n'est pas de nier les processus physiologiques, neurologiques, biochimiques en action dans le cerveau au moment de l'hallucination, du rêve, du fantasme ou dans les symptômes et troubles fonctionnels (attention, mémoire, perception, etc) que vit le psychotique mais de ne pas les confondre avec l'expérience psychique subjective et singulière dont l'origine, la cause et le contenu ne se laissent pas réduire aux explications scientifiques du fonctionnement du cerveau et des processus cognitifs. Encore une fois, la clinique de la psychose et le peu d'effets des médicaments sur les pensées délirantes sont là pour nous le rappeler sans cesse. Mais tout autant par ailleurs, les vrais scientifiques et les savants qui se gardent bien de soutenir cette confusion. Eccles, commentant ses travaux sur les rapports entre cerveau et esprit, dit : «Je maintiens que le mystère de l'homme est incroyablement diminué (à tort) par le réductionnisme scientifique et sa prétention matérialiste à rendre compte du monde de l'esprit en termes de simple activité neuronale. Une telle croyance ne peut être considérée que comme une superstition.» (Eccles, 1994, 322)

Une nouvelle psychanalyse et son impact

On risque de confondre la science avec les appareillages technologiques lorsqu'on définit l'utilisation de l'imagerie mentale comme étant plus scientifique que la pratique de la psychothérapie.

(Jérôme Guay dans le présent ouvrage)

Il est exact que les psychanalystes en général se sont peu prêtés à l'évaluation des résultats cliniques de leur pratique. Cette situation est évidemment d'autant plus vraie dans le domaine du traitement des troubles mentaux graves où les psychanalystes se sont en fait très peu impliqués. Il est juste aussi que la psychanalyse telle qu'elle s'est développée dans le cadre de la problématique et du traitement de la névrose qui l'a vue naître, s'avérait peu adaptée et peu efficace avec le psychotique. Freud lui-même le reconnaissait tout en espérant que soient un jour levés les obstacles inhérents à la technique analytique qui la rendaient inapte à traiter la psychose. En relevant depuis vingt-deux ans ce défi, nous avons apporté à la psychanalyse des déplacements théoriques et modifications techniques qui ont ouvert et étendu le champ du traitement analytique aux psychoses : redéfinition du transfert et de ses conditions d'installation avec le psychotique ; changement de position de l'analyste ; travail avec le rêve comme outil d'accès, puis de représentations des expériences traumatiques inscrites dans le sujet et qui ont déterminé le contenu du délire et des Voix ; élaboration du savoir de l'inconscient à l'encontre de l'interprétation délirante qui devient caduque ; chute de l'entreprise et de la mission psychotiques ; articulation des étapes de la cure en lien avec les modifications de la phénoménologie de la crise qu'elles conditionnent ; etc. Bref, l'établissement de balises théoriques et cliniques rigoureuses rend compte de ce traitement psychanalytique nouveau et adapté à la problématique spécifique de la psychose. Dans leur évaluation du 388 de mai 2002, l'équipe d'experts indépendants désignés par le ministère de la Santé du Québec, en soulignant les résultats cliniques qu'ils avaient constatés eux-mêmes en rencontrant et interviewant les usagers et leurs familles, reconnaissent précisément que ces résultats avaient pu être obtenus grâce à des modifications déterminantes dans la théorie et la clinique psychanalytiques classiques.

Ces apports décisifs dans la théorie et la technique psychanalytiques se sont faits avec un double souci. D'abord celui de s'inscrire dans une démarche rigoureuse de recherche liée et articulée au développement de l'expérience et du savoir issus de la clinique : rendre

compte du déroulement de la cure analytique telle qu'elle est conduite avec le psychotique, définir ses objectifs et ses étapes logiques, identifier ce sur quoi elle agit, comment, à quelles conditions et avec quels résultats. Par ailleurs, le défi constant était de répondre à l'exigence interne de rendre compte des résultats cliniques obtenus. Il fallait alors établir, à partir des données de la clinique et de la logique du traitement, des points de repères clairs, capables de servir de mesures qualitatives des progrès comme des échecs du traitement. Nous pensons par exemple ici à l'identification des conditions d'entrée du psychotique dans le travail analytique, la détermination des enjeux spécifiques à chacune des étapes de la cure, aux conditions et méthodes de travail avec le rêve, au repérage des moments critiques du parcours, des conditions qui rendent possible la modification de la phénoménologie de la crise, la chute du délire, la réarticulation sociale, etc.

Il est clair que les recherches dites « objectives » que nous menons également sur des aspects précis et quantifiables tels la diminution des hospitalisations, la diminution de la médication neuroleptique, le niveau d'autonomie du lieu de vie et des ressources financières, l'engagement dans des activités sociales ou de travail, etc, sont pour nous liées à cette recherche clinique qui nous permet d'établir le cadre, les modalités et la logique du traitement qui conditionnent les résultats obtenus. Il est en effet essentiel de rendre compte à la fois des résultats (qu'ils soient positifs ou non) et des chemins par lesquels nous y sommes arrivés, établissant au plus près possible les rapports de causalité qui les lient. La question n'est pas tant en effet que la psychanalyse ne veut ou ne peut pas se soumettre à des évaluations objectives mais plutôt qu'elle ne peut se contenter de mesurer ses résultats sans avoir à rendre compte à la fois des actes qui les engendrent et de la logique qui les articule au-delà de leurs liens possibles de corrélations. À cet égard d'ailleurs, dans le traitement des psychoses, la psychiatrie et les neurosciences sont encore loin d'une telle articulation des résultats aux conditions et moyens qui les rendent possibles et prévisibles.

Ces avancées dans la clinique de la psychose, saluées en 2004 sur la scène internationale par le Prix Hans W. Loewald décerné au Gifric en reconnaissance de « sa contribution à l'histoire, à la théorie et à l'application de la psychanalyse » ont aussi nourri la réflexion et modifié la pratique de cliniciens et de professionnels issus de divers milieux professionnels et communautaires, tant au Québec qu'à l'étranger. Modèle et chef de file dans le développement de ressources de traitement dans la communauté comme l'affirmait dans son rapport de fin de mandat le directeur général de l'hôpital psychiatrique de Québec (R.

Cantin, Juin 2000), instigateur de pratiques psychiatriques nouvelles permettant le traitement de la crise hors de l'hôpital pour des patients souffrant de troubles mentaux graves, symbole pour certains autres de la possibilité d'une véritable alternative au traitement psychiatrique intra-hospitalier, approche clinique et structure de soins exportées à l'étranger dans le traitement de la psychose, la psychanalyse introduit ici, dans le champ de la psychiatrie, des avancées dont on ne peut plus désormais faire abstraction.

Quel avenir pour la psychiatrie ?

La dimension la plus percutante de cet apport est sans doute qu'il s'inscrit en faux par rapport à la tendance actuelle de la psychiatrie de faire du traitement bio-chimique et hospitalier le seul véritable traitement possible de la psychose, confiant au secteur communautaire et à toute autre approche clinique la dimension « psycho-sociale » du trouble mental par ailleurs considéré comme incurable. Le travail réservé aux aspects « psycho-sociaux » du complexe « bio-psycho-social » impliqué dans la psychose consistant alors à assurer de meilleures conditions de vie (logement, nourriture, loisirs, réadaptation) à ces patients atteints d'une maladie que l'on affirme « chronique » sur la base en fait d'une absence de résultats cliniques.

Il est dommage de voir ainsi la psychiatrie oublier la spécificité de son domaine et de son objet et scier la branche sur laquelle elle est assise en s'enfermant dans une approche biologique des troubles mentaux graves où elle n'aura plus sa raison d'être à côté de spécialités médicales et biochimiques plus appropriées et plus compétentes qu'elle sur ce terrain. Motivée sans doute par le désir de sortir du complexe d'infériorité qu'elle nourrit face aux autres spécialités médicales, plus « scientifiques », désenchantée et déçue face aux résultats mitigés des neuroleptiques, la psychiatrie, dans le traitement de la psychose, semble s'abandonner aux « chercheurs » et à leurs promesses sans cesse réitérées de solutions à venir et quitter ainsi de plus en plus sûrement le champ du traitement psychique qui était le sien. Et pourtant, si la psychiatrie a un sens en tant que spécialité médicale, c'est précisément dans la prise en compte de cette interaction du « mental » et du biologique, dans le traitement du trouble psychique et de ses effets sur le corps, son fonctionnement, son intégrité. Réduire l'univers mental et la subjectivité et créativité sans bornes de l'humain à une phénoménologie biologique ou comportementale et au fonctionnement de son cerveau fait aboutir beaucoup de chercheurs en psychiatrie à des positions qui sont rigoureusement et scientifiquement réfutables et cliniquement

insoutenables. Continuer de soutenir que les neuroleptiques influent sur le développement du délire ou qu'ils le font disparaître ou encore parler de «schizophrénie animale» (comme si l'animal pouvait développer un délire singulier lié à son histoire et différent de celui d'un autre animal schizophrène) illustrent bien le fossé qui sépare de tels chercheurs de la réalité de la clinique.

Il est vrai que ce courant que suit la psychiatrie actuelle s'inscrit tout à fait dans le mouvement plus large de nos sociétés nord-américaines où on tend à vouloir tout expliquer par la biologie et la réalité physique, réduisant ainsi d'autant l'espace de liberté et de responsabilité du sujet. Non seulement toute maladie psychique a-t-elle maintenant sa source dans un quelconque dysfonctionnement biologique mais on ne finit plus de «trouver» les causes génétiques, biologiques ou hormonales de tout un ensemble de troubles, de comportements et conduites de l'humain, dans un processus de déresponsabilisation du sujet face à ses choix éthiques. De l'hyperactivité à la dépression, en passant par l'homosexualité, l'obsession, voire même l'estime de soi, le discours d'un certain nombre de chercheurs, repris et investi par les médias, fait sans cesse état de nouvelles découvertes qui rendraient compte des déterminismes biologiques, génétiques ou déséquilibres hormonaux expliquant ces diverses «affections».

La psychiatrie actuelle semble reculer devant la psychose. C'est en effet avec la psychose qu'elle délaisse le plus radicalement le traitement psychique pour s'abandonner aux neuro-sciences, laissant aux différentes thérapies cognitives et de réadaptation le soin de s'occuper des dimensions «psycho» et «sociales». Réduite à un statut de maladie du cerveau, la psychose devient le parent pauvre de la psychiatrie qui se tourne de plus en plus vers le traitement des troubles de l'humeur, des troubles anxieux et de la dépression, terrain sans doute moins menaçant et plus valorisant par ses résultats. Mais elle n'en demeure pas moins un des principaux domaines où la psychiatrie trouvait et devrait continuer de trouver sa raison d'être. Elle en constitue en tout cas son plus grand défi.

Je terminerai par une remarque concernant ce mouvement de société évoqué plus haut. L'effacement de la dimension psychique et de ses effets dans l'humain, que la psychiatrie contribue désormais à soutenir, semble trouver sa contrepartie dans le développement considérable de mouvements religieux de toutes sortes, offrant des cadres de référence et d'interprétations pour rendre compte de ce qui agit dans l'humain et qu'une certaine science nie à défaut de pouvoir l'expliquer. Comme si nous nous retrouvions de nouveau face à ce à quoi

précisément Freud voulait pallier, en développant une théorie et un savoir rigoureux pour rendre compte de l'univers psychique, de l'Inconscient, de sa constitution, de ses productions spécifiques, de sa logique, dans une démarche formelle sans cesse revue, infirmée ou confirmée au gré de sa mise à l'épreuve par les données de la clinique. C'est ce projet et cette démarche scientifique de Freud pour rendre compte des productions de l'esprit en dehors de toutes références religieuses, morales et idéologiques qu'une certaine psychiatrie prétend obsolètes, y préférant une conception du trouble psychique et un traitement qui est loin de remplir ses promesses de réussite. A cet égard, il est intéressant d'ailleurs de constater l'exigence faite à la psychanalyse de faire état de résultats concluants dans le traitement de la psychose. Elle serait la seule dans ce domaine à être sans cesse évaluée et à faire face à une obligation de résultats ou condamnée à disparaître.

Références

- ANSERMET, F., MAGISTRETTI, P., 2004, *À chacun son cerveau, plasticité neuronale et inconscient*, Éditions Odile Jacob.
- APOLLON, W., BERGERON, D., CANTIN, L., 2003, « Il trattamento della psicosi », in *Il Cormorano*, Centro Ricerche Scienze Umane, Almanacco Trimestrale Anno II, no 3, Mese di aprile, 14-35
- APOLLON, W., 1997, « Questions de la psychanalyse à l'anthropologie », Conférence prononcée à l'Université de Puerto Rico en 1995, in *L'Universel, perspectives psychanalytiques*, Éditions du Gifric, Collection Le Savoir analytique, 109-118
- APOLLON, W., 1997, « Fonctions de la vérité dans la question du savoir analytique », Conférence prononcée à l'Université de Loyola à Chicago en 1994, in *L'Universel, perspectives psychanalytiques*, Éditions du Gifric, Collection Le Savoir analytique, 229-241
- BEAR, M. F., CONNORS, B. W. PARADISO, M. A., 1999, *NeuroSciences à la découverte du cerveau*, traduction de *Neuroscience : Exploring the Brain*, traduction et adaptation française André Nieoullon, Editions Pradel.
- CANTIN, L., 1995, « Le savoir analytique », in *Transmission du savoir analytique*, sous la direction de Christiane Kègle, Nuit Blanche éditeur, Québec, 35-56
- CANTIN, L., 2004, *Comment rendre compte des productions de l'esprit humain, de la mystique à la psychose ?*, Actes du colloque Rencontre avec des pionnières en santé mentale, les 9 et 10 octobre 2003, Édition conjointe

- de la Télé-Université et de la revue *Santé mentale au Québec*, novembre, 71-94.
- CANTIN, R., 2000, *Bilan des réalisations du Centre Hospitalier Robert-Giffard et des partenaires dans la transformation des services en santé mentale au cours des cinq dernières années*, Direction générale, juin.
- CHADWICK, P., BIRCHWOOD, M., TROWER, P., 2003, Thérapie cognitive des troubles psychotiques, traduction de *Cognitive Threrapy for Delusions, Voices and Paranoia*, traduction de Chassé, F., Pilon, W., Morency, P., Decarie Édition.
- DENIS, J. F., MORISSETTE, R., GAGNON, P., 2002, *Évaluation clinico-administrative du 388 St-Vallier*, Rapport des experts nommés par le ministère de la Santé du Québec, juin.
- ECCLES, John C., 1994, *Évolution du cerveau et creation de la conscience*, Flammarion.
- FREUD, S., 1956, *Naissance de la psychanalyse*, PUF.
- FREUD, S., 1989, « Formulation sur les deux principes du cours des événements psychiques » in *Résultats, idées, problèmes I*, Paris, PUF.
- FREUD, S., 2001, *Au-delà du principe de plaisir. Essais de psychanalyse*, Paris, Petite Bibliothèque Payot.
- HOUDE, O., KAYSER, D., KOENIG, O., PROUST, J., RASTIER, F., 1998, *Vocabulaire des sciences cognitives*, PUF.
- LUSSIER, A., 2004, « Le rêve : entre Michel Juvet et Freud. Nouvelle chasse aux sorcières », *Revue québécoise de psychologie, Défis posés par les pathologies*, volume 25, numéro 2, 107-120.
- Santé mentale au Québec*, 1999, *Schizophrénie, délires et thérapie cognitive*, volume XXIV, numéro 1, printemps.